



الکل و دخانیات

جوانب پزشکی و جامعه شناختی
مصرف، سوء مصرف و اعتیاد

فصل ۷: انگیزه‌های درمان جویی بیماران معتاد به الکل و یا

دخانیتات ۱۱۵

- ۱-۷-۱ اعتیاد به دخانیات ۱۱۵
- ۲-۷-۱ اعتیاد به الکل ۱۱۵
- ۳-۷-۱ پس‌آیندهایی که بیماران را به درمان سوق می‌دهند ۱۱۷
- ۱-۳-۷-۱ دخانیات و پس‌آیندهای آن ۱۱۷
- ۱-۱-۳-۷-۱ دخانیات و مغز ۱۱۷
- ۲-۳-۷-۱ بیماری‌های ریوی ۱۲۰
- ۱-۲-۳-۷-۱ اختلالات خواب و بیماری ریوی مربوط به مصرف سیگار ... ۱۲۱

- ۲-۲-۳-۷-۱ بیماری‌های قلبی و اختلالات گردشی ۱۲۳
- ۳-۲-۳-۷-۱ بیماری‌های قلبی-عروقی مرتبط به وابستگی به نیکوتین و تأثیر تنفس ۱۲۴
- ۴-۲-۳-۷-۱ بیماری شریان اکلیلی و خفگی در خواب ۱۲۴
- ۵-۲-۳-۷-۱ انفارکتوس میوکارد و خفگی انسدادی در خواب ۱۲۵
- ۳-۳-۷-۱ بیماری‌های توموری ۱۲۶
- ۴-۳-۷-۱ دندان‌پزشکی ۱۲۶
- ۵-۳-۷-۱ روان‌پزشکی ۱۲۶
- ۴-۷-۱ الکل و پس‌ایندها ۱۲۷
- ۱-۴-۷-۱ مقدمه ۱۲۷
- ۲-۴-۷-۱ اهمیت الکل در عصب‌شناسی و روان‌پزشکی ۱۲۹
- ۳-۴-۷-۱ الکل و اختلالات روان‌پزشکی ۱۲۹
- ۱-۳-۴-۷-۱ الکل و اختلالات عاطفی ۱۳۰
- ۲-۳-۴-۷-۱ الکل و اضطراب ۱۳۱
- ۳-۳-۴-۷-۱ شخصیت‌الکی، خلق‌وخوی عاطفی و اعتیاد ۱۳۳
- ۴-۴-۷-۱ الکل و اختلالات عصبی ۱۳۷
- ۱-۴-۴-۷-۱ الکل و پزشکی داخلی ۱۳۸
- ۲-۴-۴-۷-۱ الکل و داروهای بیماری‌های پس‌آیند ۱۴۶

فصل ۸: تشخیص اعتیاد به الکل و دخانیات ۱۶۱

- ۱-۸-۱ توصیه‌هایی برای اولین ویزیت ۱۶۱
- ۱-۱-۸-۱ گفتگو با متخصص بالینی در خصوص اعتیاد به الکل ۱۶۱
- ۲-۸-۱ ارزیابی رفتار مصرف الکل با استفاده از نشانگرهای زیستی ... ۱۶۳
- ۱-۲-۸-۱ نشانگرهای خصوصیت ۱۶۳
- ۲-۲-۸-۱ نشانگرهای وضعیت ۱۶۴
- ۳-۲-۸-۱ نشانگرهای مرتبط ۱۶۴
- ۴-۲-۸-۱ توصیه‌های عملی برای به‌کارگیری نشانگرهای زیستی در مباحث قانونی ۱۶۵
- ۱-۲-۴-۸-۱ اندازه‌گیری الکل خون ۱۶۵
- ۲-۲-۴-۸-۱ غلظت الکل در خون (BAC) ۱۶۵
- ۳-۲-۴-۸-۱ فرمول ویدمارک ۱۶۵
- ۴-۲-۴-۸-۱ الکل در تنفس ۱۶۵
- ۵-۲-۴-۸-۱ پس‌آوردهای سوخت‌وساز الکل ۱۶۶
- ۸-۸-۱ گفتگوی درمانی در اعتیاد به دخانیات ۱۷۰

- ۱-۸-۱-۵ وابستگی (الکل، دخانیات و ۱۷ مادهٔ دیگر) (الکل ۲، ۴۰۰، ۶۷۰) (دخانیتات ۲۶۴۴A) ۶۷
- ۲-۵-۸-۵ DSM 5 ۶۷
- ۱-۲-۸-۵ اختلالات مرتبط به مواد - الکل / دخانیات ۶C ۶۸
- ۹-۵-۸-۵ کاربردهای این نظام‌های طبقه‌بندی در درمان و پژوهش ۶۹
- ۱-۹-۵-۸-۵ الکل ۶۹
- ۱-۱-۵-۸-۵ مطالعات دارودرمانی در پیشگیری از بازگشت به مصرف (بر ۹-۱-۵-۸-۵ مطالعات پیشگیری از بازگشت به مصرف با استفاده از روان‌درمانی) ۷۰
- ۳-۹-۱-۵-۸-۵ روان‌درمانی خانوادگی و سیستمی ۷۲
- ۲-۹-۵-۸-۵ دخانیات ۷۲

فصل ۶: انواع، ابعاد و سبب‌شناسی ۷۹

- ۱-۶-۱ اعتیاد به الکل ۷۹
- ۱-۱-۶-۱ طراحی پژوهش گونه‌شناسی ۷۹
- ۱-۱-۱-۶-۱ گونه‌شناسی بر طبق جلینک ۷۹
- ۲-۱-۱-۶-۱ گونه‌شناسی بر طبق فوکالت ۸۰
- ۲-۱-۶-۱ گونه‌شناسی‌های مهم برای پژوهش و درمان ۸۰
- ۱-۲-۶-۱ راه‌حل‌های دو خوشه‌ای ۸۰
- ۲-۲-۶-۱ راه‌حل‌های چهارخوشه‌ای ۸۲
- ۳-۱-۶-۱ ارزیابی شدت در ابعاد مختلف ۸۴
- ۱-۳-۶-۱ شاخص شدت اعتیاد (ASI) ۸۵
- ۲-۳-۶-۱ تشخیص سندروم به روش شولز ۸۵
- ۲-۶-۱ اعتیاد به دخانیات ۸۶
- ۱-۲-۶-۱ گونه‌شناسی سیگارکنشی بر طبق شوبرگر و کانزه ۸۶
- ۲-۲-۶-۱ گونه‌شناسی مصرف سیگار بر طبق فاگسترورم ۸۶
- ۳-۲-۶-۱ نظام اروپایی طبقه‌بندی مصرف سیگار ۸۷
- ۳-۶-۱ اعتیاد به الکل - گونه‌شناسی لیش ۸۸
- ۱-۳-۶-۱ چارچوب تعریفی گونه‌شناسی لیش ۸۸
- ۲-۳-۶-۱ اعتیاد به الکل از چشم‌انداز طولی ۱۹۹۵-۱۹۸۲-۱۹۷۶ ۸۹
- ۳-۳-۶-۱ «مدل برگ‌ن‌لند» ۸۹
- ۴-۳-۶-۱ روش‌شناسی بررسی‌های طولی بر روی بیماران وابسته به ۹۲
- ۵-۳-۶-۱ ثبات در روند طولی ۹۲
- ۶-۳-۶-۱ چهار روند بلندمدت بیماری به‌کاررفته در گونه‌شناسی لیش ۹۵
- ۷-۳-۶-۱ نتایج مطالعات صورت‌گرفته با استفاده از گونه‌شناسی لیش ۹۶
- ۱-۳-۷-۶-۳ مطالعات مربوط به پیش‌آگهی ۹۶
- ۲-۳-۷-۶-۳ مطالعات مربوط به بیولوژی و ژنتیک ۹۷
- ۳-۳-۷-۶-۳ مطالعات مربوط به پیشگیری از بازگشت به مصرف و مواد ضد هوس ۹۹
- ۴-۳-۷-۶-۳ سایر نتایج مرتبط به گونه‌شناسی لیش ۱۰۲
- ۳-۳-۸-۶ گونه‌شناسی لیش از منظر قیاس بین‌المللی ۱۰۳
- ۴-۶-۱ ارتباط بین بیماران وابسته به الکل بر طبق گونه‌شناسی لیش و شدت اعتیاد به دخانیات ۱۰۵

فصل ۹: راهکارهای درمانی اعتیاد به الکل و دخانیات ۱۷۳

- روان‌شناسی انگیزه و تغییر در اعتیاد: از عصب‌شناسی تا کار بالینی ۱۷۳
- ۹-۱ عصب‌شناسی انگیزه..... ۱۷۳
- ۹-۱-۱ ریشه‌های لذت..... ۱۷۳
- ۹-۱-۲ «دوست داشتن»، «خواستن» و برجستگی مشوق..... ۱۷۴
- ۹-۲ مراحل روان‌شناختی اعتیاد..... ۱۷۵
- ۹-۲-۱ انکار «فیل در اتاق نشیمن»..... ۱۷۶
- ۹-۲-۲ دوسوگرایی «تو فقط حرفش را می‌زنی، اما عمل نمی‌کنی»..... ۱۷۶
- ۹-۲-۳ پذیرش «پایان دادن به نزاع درونی»..... ۱۷۷
- ۹-۲-۴ پاک‌ی کوتاه‌مدت: خوش‌بینی در مقابل عذاب..... ۱۷۷
- ۹-۲-۵ پاک‌ی بلندمدت..... ۱۷۷
- ۹-۳ مدیریت روان‌شناختی انگیزه در کار بالینی..... ۱۷۸
- ۹-۳-۱ مصاحبه انگیزشی..... ۱۷۸
- ۹-۳-۲ ملاحظات بالینی در مداخله روان‌شناختی انگیزشی..... ۱۸۰
- ۹-۴ انگیزه درمان در شرایط متفاوت..... ۱۸۰
- ۹-۴-۱ مصاحبه انگیزشی در مطب پزشک عمومی..... ۱۸۱
- ۹-۴-۲ مصاحبه انگیزشی در پزشکی داخلی..... ۱۸۱
- ۹-۴-۳ مصاحبه انگیزشی در طول بارداری..... ۱۸۱
- ۹-۴-۴ مصاحبه انگیزشی در محیط‌های روان‌پزشکی..... ۱۸۲
- ۹-۵ درمان دارویی اعتیاد به الکل و دخانیات..... ۱۸۳
- ۹-۵-۱ اصول بیولوژیک درمان دارویی (رجوع شود به بخش ۳-۴)..... ۱۸۳
- ۹-۵-۱-۱ اعتیاد به الکل..... ۱۸۳
- ۹-۵-۱-۲ اعتیاد به دخانیات..... ۱۸۷
- ۹-۶ درمان دارویی ترک الکل..... ۱۸۹
- ۹-۶-۱ سندروم ترک (محرومیت از مصرف)..... ۱۸۹
- ۹-۶-۲ درمان وضعیت‌های ترک..... ۱۹۰
- ۹-۶-۳ درمان علائم ترک بر طبق گونه‌شناسی لش..... ۱۹۲
- ۹-۶-۳-۱ مدیریت سم‌زدایی در بیماران وابسته به الکل نوع I لش..... ۱۹۲
- ۹-۶-۳-۲ مدیریت سم‌زدایی در بیماران وابسته به الکل نوع II 194... ۱۹۲
- ۹-۶-۳-۳ مدیریت سم‌زدایی در بیماران وابسته به الکل نوع III لش.. ۱۹۵
- ۹-۶-۳-۴ مدیریت ترک در بیماران وابسته به الکل نوع IV لش. ۱۹۷
- ۹-۶-۴ عوارض در ترک الکل..... ۱۹۹
- ۹-۶-۴-۱ تشنج‌های ترک (صرع بزرگ)..... ۱۹۹
- ۹-۶-۴-۲ وضعیت‌های روان‌آشفته‌گی و حالت‌های مرتبط (روان‌پریش متا الکلی)..... ۱۹۹
- ۹-۷ جایگزین‌های ترک..... ۲۰۱
- ۹-۷-۱ کاهش تدریجی میزان مصرف الکل، روش «کاهش مصرف» طبق راهکارهای دیوید سینکلر..... ۲۰۱
- ۹-۷-۲ بررسی موردی: «کاهش مصرف الکل»..... ۲۰۲
- ۹-۸ درمان دارویی سندروم ترک دخانیات..... ۲۰۳
- ۹-۸-۱ علائم سندروم ترک دخانیات..... ۲۰۳
- ۹-۸-۲ درمان سندروم ترک دخانیات..... ۲۰۵

- ۹-۸-۲-۱ درمان ترک در وابستگی به دخانیات با فاگستروم ≤ 205 ۲۰۵
- ۹-۹ راهکارهای پزشکی در پیشگیری از بازگشت به مصرف..... ۲۰۶
- ۹-۹-۱ راهنماهای کلی در پیشگیری از بازگشت به مصرف..... ۲۰۶
- ۹-۹-۲ اهداف در پیشگیری از بازگشت به مصرف..... ۲۰۷
- ۹-۹-۲-۱ الکل..... ۲۰۷
- ۹-۹-۲-۲ دخانیات..... ۲۱۰
- ۹-۹-۳ درمان دارویی بر ضد هوس موسوم به «منفی» (=اشتیاق به مواد اعتیادآور به‌منظور رفع خلق منفی و اضطراب)..... ۲۱۰
- ۹-۹-۳-۱ الکل..... ۲۱۰
- ۹-۹-۳-۲ دخانیات..... ۲۱۱
- ۹-۹-۴ درمان دارویی در پیشگیری از بازگشت به مصرف بیماران وابسته..... ۲۱۱
- ۹-۹-۴-۱ الکل..... ۲۱۱
- ۹-۹-۵ پیشگیری از بازگشت به مصرف الکل بر طبق گونه‌شناسی لش..... ۲۱۳
- ۹-۹-۵-۱ پیشگیری از بازگشت به مصرف در نوع I لش..... ۲۱۳
- ۹-۹-۵-۲ پیشگیری از بازگشت به مصرف در نوع II لش..... ۲۱۳
- ۹-۹-۵-۳ پیشگیری از بازگشت به مصرف در نوع III لش..... ۲۱۴
- ۹-۹-۵-۴ پیشگیری از بازگشت به مصرف در نوع IV لش..... ۲۱۵
- ۹-۹-۶ درمان بازگشت به مصرف بر طبق گونه‌شناسی لش..... ۲۱۶
- ۹-۹-۷ درمان دارویی پیشگیری از بازگشت به مصرف در بیماران وابسته به دخانیات..... ۲۱۷
- ۹-۹-۷-۱ داروهای پیشگیری از بازگشت به مصرف در بیماران وابسته به دخانیات..... ۲۱۷
- ۹-۹-۷-۲ رویکرد درمانی بر اساس زیرگروه‌های بیماران وابسته به نیکوتین..... ۲۲۰
- ۹-۹-۷-۳ درمان دارویی پیشگیری از بازگشت به مصرف در وابستگی به دخانیات بر اساس زیرگروه‌ها..... ۲۲۱
- ۹-۹-۷-۴ داروی بیماران وابسته به دخانیات در موقیعت‌های خاص ۲۲۲

فصل ۱۰: درمان اجتماعی بیماران وابسته به الکل و دخانیات برحسب گونه‌شناسی لش..... ۲۳۹

- ۱۰-۱ الکل و دخانیات..... ۲۳۹
- ۱۰-۲ رسالت درمان اجتماعی..... ۲۳۹
- ۱۰-۳ طبقه‌بندی روان‌درمانی-درمان اجتماعی..... ۲۴۳
- ۱۰-۴ پدیدآیی اجتماعی و فرصت‌های درمان اجتماعی..... ۲۴۷
- ۱۰-۴-۱ پدیدآیی اجتماعی اولیه، ثانویه و ثالث..... ۲۴۷
- ۱۰-۴-۲ عوامل جامعه‌شناختی در سطح کلان..... ۲۴۷
- ۱۰-۴-۲-۱ نوجوانان..... ۲۴۹
- ۱۰-۴-۲-۳ بزرگسالان..... ۲۴۹
- ۱۰-۴-۳ همبودی و هویت گروه حاشیه‌ای..... ۲۵۰
- ۱۰-۴-۴ ارتباط بین روابط اجتماعی (عوامل موجود بر سطح اجتماعی خرد)، همبستگی گروهی و انعطاف‌پذیری..... ۲۵۳
- ۱۰-۴-۵ قیاس با پیروی‌شناسی: تحلیل رفتگی «اتم اجتماعی»..... 255
- ۱۰-۵ درمان اجتماعی در پس‌زمینه دوره‌های درمانی..... ۲۵۶

- ۲۷۵-۲-۶-۱۰ نقش و کارکرد مددکار..... ۲۷۵
- ۲۷۵-۲-۷-۱۰ انتقال متقابل..... ۲۷۵
- ۲۷۶-۱۰-۷-۱۰ انگیزه بخشی - چالش برای چه کسی؟..... ۲۷۶
- ۲۷۶-۱۰-۷-۱۰ کارکردهای دوسوگرا نه انگیزه بخشی..... ۲۷۶
- ۲۷۸-۱۰-۷-۲ ارتباط بین وابستگی و سیستم‌های انگیزشی..... ۲۷۸
- ۲۸۰-۱۰-۸-۱۰ درمان اجتماعی، ارتقاء دهنده شبکه..... ۲۸۰
- ۲۸۱-۱۰-۸-۱ شبکه‌سازی در سطح خرد و میانی..... ۲۸۱
- ۲۸۶-۱۰-۸-۲ شبکه‌سازی در سطوح کلان..... ۲۸۶
- ۱۰-۹-۱۰-۹-۱۰ درمان اجتماعی افراد وابسته به الکل برحسب گونه‌شناسی لش.. ۲۸۷
- ۲۸۷-۱۰-۹-۱-۱ رابطه تعیین کننده بین روان پزشکی و درمان اجتماعی..... ۲۸۷
- ۲۸۷-۱۰-۹-۲ کاربرد گونه‌شناسی در درمان اجتماعی..... ۲۸۷
- ۲۸۹-۱۰-۹-۳ ارتباط بین نوع وابستگی و خود-تنظیمی..... ۲۸۹
- ۲۹۰-۱۰-۹-۳-۱ نوع I (نوع آلرژیک، علل بیولوژیک)..... ۲۹۰
- ۲۹۱-۱۰-۹-۳-۲ نوع II (الکلی تعارضی، علل روانی)..... ۲۹۱
- ۲۹۱-۱۰-۹-۳-۳ نوع III (اختلال عاطفی، نوسانات خلقی، افسردگی)..... ۲۹۱
- ۲۹۱-۱۰-۹-۳-۴ نوع IV (آسیب مغزی پیشین، افت عملکرد، محرومیت اجتماعی)..... ۲۹۲
- ۲۹۲-۱۰-۹-۴ انواع و اهداف درمان..... ۲۹۲
- ۲۹۲-۱۰-۹-۵ جوانب اجتماعی درمان افراد وابسته به الکل که دچار نقص اساسی در عملکرد خود هستند..... ۲۹۴
- ۲۹۴-۱۰-۹-۵-۱ خصوصیات بیماران نوع IV..... ۲۹۵
- ۲۹۴-۱۰-۹-۵-۲ آسیب مغزی در نتیجه سوء مصرف مزمن الکل، نشانگان قطعه‌پیشانی..... ۲۹۵
- ۲۹۶-۱۰-۹-۵-۳ کارکرد شناختی-اجرائی..... ۲۹۶
- ۲۹۸-۱۰-۹-۵-۴ مدارا و خشونت..... ۲۹۸
- ۳۰۱-۱۰-۹-۵-۵ ساختارهای درمان اجتماعی به جای روان‌درمانی..... ۳۰۱
- ۳۰۳-۱۰-۹-۵-۶ تثبیت از طریق برانگیختگی اجتماعی (SSS)..... ۳۰۳
- ۳۰۵-۱۰-۹-۵-۷ تابعیت..... ۳۰۵
- ۳۰۶-۱۰-۹-۵-۸ دسترس پذیری کلامی..... ۳۰۶
- ۳۰۸-۱۰-۹-۵-۹ مروری بر متغیرهای چارچوب پرورشی..... ۳۰۸
- ۳۰۹-۱۰-۹-۵-۱۰ چالش بیش از حد، "انگیزه"..... ۳۰۹
- ۳۱۰-۱۰-۹-۵-۱۱ بررسی‌های موردی پرهیز بلندمدت در بیماران نوع 10IV..... ۳۱۰
- ۳۲۱-..... واژه‌نامه انگلیسی به فارسی..... ۳۲۱
- ۳۲۳-..... واژه‌نامه فارسی به انگلیسی..... ۳۲۳
- ۲۵۶-۱۰-۵-۱ (محل‌های) درمان اجتماعی (شوئندر ۲۰۰۰)..... ۲۵۶
- ۲۵۷-۱۰-۵-۲ مراحل و شرایط درمان..... ۲۵۷
- ۲۵۸-۱۰-۵-۲-۱ مراحل درمان..... ۲۵۸
- ۲۵۸-..... مرحله: اولین دیدار، شروع درمان..... ۲۵۸
- ۲۶۱-۱۰-۵-۳ آموزش روانی..... ۲۶۱
- ۱۰-۶-۱۰-۶-۱۰ آخرین پیشرفت‌ها: دیدگاه‌های همپوشان درباره اسکان در درمان اجتماعی و پشتیبانی از پروژه‌های افراد وابسته به الکل..... ۲۶۲
- ۲۶۳-۱۰-۶-۱۰-۶-۱ طبقه‌بندی‌های استاندارد..... ۲۶۳
- ۲۶۳-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۱ تفکیک (یک) گروه از بیمار(ها)..... ۲۶۳
- ۲۶۳-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۲ برنامه مفهومی کتبی به‌عنوان نشانه‌ای از فرآیند یادگیری و بلوغ انستیتو..... ۲۶۴
- ۲۶۴-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۳ قوانین خانه/موافقت‌نامه کاربر..... ۲۶۴
- ۲۶۴-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۴ کار مبتنی بر شواهد..... ۲۶۴
- ۲۶۵-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۵ کار تیمی..... ۲۶۵
- ۲۶۵-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۶ آموزش بیشتر/سوپرویزن..... ۲۶۵
- ۲۶۵-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۷ تعریف اهداف..... ۲۶۵
- ۲۶۵-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۸ مستندسازی..... ۲۶۵
- ۲۶۶-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۹ مراحل پشتیبانی..... ۲۶۶
- ۲۶۶-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۱۰ مقررات مربوط به الکل..... ۲۶۶
- ۲۶۷-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۱۱ مقررات مربوط به خشونت..... ۲۶۷
- ۲۶۷-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۱۲ مقررات مربوط به بازگشت به خانه..... ۲۶۷
- ۲۶۷-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۱۳ گروه به‌عنوان واسطه‌ای برای یادگیری (گفتگوهای اجباری)..... ۲۶۷
- ۲۶۷-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۱۴ بهره‌گیری از زندگی روزمره برای ایجاد مداخلات پرورشی یا انگیزه..... ۲۶۷
- ۲۶۸-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۱۵ مفهوم مراقبت‌های پس از درمان..... ۲۶۸
- ۲۶۸-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۱۶ چارچوب افراد مورد دلبستگی..... ۲۶۸
- ۲۶۸-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۱۷ پرداخت هزینه‌ها..... ۲۶۸
- ۲۶۹-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۱۸ شبکه‌سازی..... ۲۶۹
- ۲۶۹-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۱۹ خودمختاری و کنترل..... ۲۶۹
- ۲۶۹-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۲۰ کار داوطلبانه..... ۲۶۹
- ۲۶۹-۱۰-۶-۱۰-۶-۱-۲۱ نکات جزئی: پروژه‌های اسکان‌دهی پشتیبانی شده-دنیایی مستقل..... ۲۶۹
- ۲۷۰-۱۰-۶-۱۰-۶-۲-۱ اقامت موقتی یا دائمی: پویای‌های گروهی متفاوت... ۲۷۰
- ۲۷۱-۱۰-۶-۱۰-۶-۲-۲ اعتماد، عزم راسخ، مسئولیت‌پذیری..... ۲۷۱
- ۲۷۱-۱۰-۶-۱۰-۶-۲-۳ قوانین زیاد یا کم..... ۲۷۱
- ۲۷۲-۱۰-۶-۱۰-۶-۲-۴ بازگشت به مصرف‌ها..... ۲۷۲
- ۲۷۴-۱۰-۶-۱۰-۶-۲-۵ خشونت..... ۲۷۴

منشأ این کتاب و آگاهی در این باب

کلی درمانی جدا کرده‌اند و در حال حاضر از «درمان فردی برای هر بیمار» استفاده می‌کنند. این شیوه‌های درمانی، «درمان بر پایهٔ ابعاد»، «درمان مبتنی بر منابع»، یا درمان‌هایی هستند که متغیرهای غیرقابل تغییر را می‌پذیرند و به دنبال تأثیرگذاری بر متغیرهای تغییرپذیر هستند. با وجود اینکه در عمل با این رویکردهای مدرن موافق هستیم، اما این کتاب به فاکتورهای معتبر جهانی می‌پردازد که اثربخشی آنها بر بیماران وابسته، نشان داده شده است. یافته‌های علمی بر اساس گونه‌شناسی لیش در مورد زیرگروه‌ها، اساس درمان را شکل می‌دهند، اما اغلب با توجه به فرد، نیاز به تغییر دارند. اشتیاق فرد به تغییر باید تقویت شده و توانایی ایجاد تغییر را نیز بهبود داد، این رویه باید سرآغاز هر روند درمانی باشد، به ویژه روندهای انگیزشی و داروهای ضد هوس بر طبق زیرگروه‌ها. داده‌های زیادی منتشر شده، بنابراین نیاز به انتشار نسخهٔ دوم کتاب وجود داشت. من و هنریت والتر از سایر متخصصانی که اغلب در رشته‌های روان‌شناسی و نوروفیزیولوژی فعالیت دارند درخواست کردیم که در روندهای متفاوت انگیزشی همکاری کنند. طبقه‌بندی‌ها بر اساس زیرگروه‌هایی که نشان می‌دهند وابستگی‌ها به طور انحصاری به علت تأثیرات ماده هستند، اغلب در پژوهش‌های علمی یافت می‌شوند. در این کتاب تعاملات مختلف میان شخصیت، محیط و تأثیر ماده را مورد توجه قرار خواهیم داد.

۱-۱ اهداف این کتاب

امروزه می‌دانیم که اعتیاد نوعی اختلال است که کلیت فرد را در بر می‌گیرد و ارتباط آن با اختلالات مغزی، مصرف مواد اعتیادآور را

از آنجایی که مصرف الکل و دخانیات اغلب به صورت همزمان رخ می‌دهد، طی سال‌های گذشته توجه علمی و درمانی به هر دو ماده به طرز قابل توجهی افزایش یافته است. بدیهی است که استفادهٔ همزمان این دو ماده نسبت به مصرف هر کدام از این دو به تنهایی تأثیرات مخرب‌تری دارد. در واقع بیماران اغلب اشاره می‌کنند که به راحتی توانسته‌اند مصرف یکی از این دو ماده را کنار بگذارند، اما به موازات آن مصرف مادهٔ دیگر در آنها افزایش یافته است (به عنوان مثال، چنانچه بیماران سیگار را ترک کنند، مصرف الکل در آنها به طرز قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌یابد). دانش ما در مورد وابستگی‌ها به طور دائم در حال افزایش است و پژوهش پایه همواره برای توضیح کارکرد جریان‌های خاص مغز همیشه در حال پیشرفت است. بنابراین، ارائهٔ یافته‌هایی که پزشکان بالینی بتوانند از آنها برای درمان یا طی مشاوره به افراد وابسته به دخانیات و الکل استفاده کنند، امری مهم است. به منظور انجام درمان عینی و مشاوره، تمایز میان پدیده‌هایی همچون سیستم پاداش، حافظهٔ وابستگی، علائم ناشی از ترک یا هوس دخانیات و الکل مهم و مورد نیاز است. امروزه همواره در پژوهش‌ها می‌توان مفاهیم قدیمی را یافت (بلاولر م. ۱۹۸۳؛ فورل ا. ۱۹۳۰، ۱۹۳۵؛ هلر ر. ۲۰۰۷)، که به صورت قوانین کلی درمان وابستگی تدوین شده‌اند. اما این پژوهشگران اغلب ارزش‌هایی را به کار می‌گیرند که امروزه قابل پذیرش نیستند. همیشه بازگشت امری منفی در نظر گرفته می‌شود و مسئلهٔ شرم‌آور و منفی تشخیص «وابستگی» همواره پابرجاست. این کتاب به دنبال ارائهٔ اطلاعات عینی است که نشان می‌دهند وابستگی هیچ ارتباطی با اشتباهات یا ضعف‌های شخصی ندارد. پزشکان خود را از این راهنماهای

یا گونه‌شناسی الکل بر پایهٔ کلونینگر، بابور، هسلبروک یا لش. این ابزارهای تشخیصی (DSM-5 و ICD-11) مواد مختلف (کافئین تا کوکائین) را ارزیابی می‌کنند، سپس شدت وابستگی، با استفاده از فراوانی علائم (خفیف، متوسط و شدید) تعریف می‌شود. یکی از ارزیابی‌های مهم جدید عبارت است از توصیف روند بلندمدت، همچنین اینکه در DSM-5 یک طبقهٔ جدید برای اختلالات رشد تعریف شده که می‌توان آن را با وابستگی ارزیابی کرد، پیشرفت محسوب می‌شود. بیمار وابسته‌ای که دچار اختلال رشدی است (نوع ۴ لش)، از لحاظ درمان و پیش‌آگهی، تفاوت قابل توجهی دارد (فصول ۶ و ۹). در مطالعات بر روی حیوانات و پژوهش پایه از طبقه‌بندی‌های تشخیصی بسیار ویژه، مثل الگوهای ترک در حیوانات یا الگوهای ژنتیک حیوانی استفاده شده است. هنگام انتقال این نتایج به پژوهش‌های انسانی، این مدل نسبت انتقالی ۱۰:۱ به تشخیص وابستگی بر طبق DSM-IV و ICD-10 داشت و معلوم شد که علائم متناظر در این الگوها و مدل‌ها را نیز باید مد نظر قرار داد (برای مثال اگر مدل‌های حیوانی از الگوی ترک استفاده کرده باشند، بیماران مبتلا به علائم حاد ترک در این مطالعه گنجانده می‌شوند).

از آنجایی که این طبقه‌بندی‌های متفاوت منعکس‌کنندهٔ آسیب‌پذیری‌های مختلف بیولوژیک هستند، جریان‌های داخلی که می‌توانند با مسائل بالینی در ارتباط باشند در فصل ۷ شرح داده خواهد شد. این جنبه‌های نظری ما را به سوی توصیهٔ داروهای مختلف برای ترک، پیشگیری از بازگشت و درمان سوق می‌دهد. بسیاری از پژوهشگران تأکید کرده‌اند که وابستگی بر پایهٔ رشد روانی-اجتماعی-بیولوژیک است. با توجه به اینکه از هیچ یک از بیماری‌هایی که در گسترششان عوامل روانی-اجتماعی-بیولوژیک از خود نشان نمی‌دهند آگاهی ندارم، در تلاش خواهیم بود تا زیرگروه‌هایی را توصیف کنیم که از این سه سبب‌شناسی وزن‌های متفاوتی را به تصویر می‌کشند. نظریه‌های روان‌شناختی در مورد رشد وابستگی در فصل ۳، ۲ مورد توجه خواهد گرفت؛ این درحالی است که نشان داده شده است این نظریه‌ها از بُعد درمانی تنها با رفتاردرمانی، درمان سیستمیک و مفاهیم هیپنوتیزم درمانی در ارتباط هستند. از آنجایی که وابستگی بیشتر در گروه‌های حاشیه‌ای شیوع می‌یابد و می‌تواند با فقر در ارتباط باشد، در فصل ۱۰ بر رویکردهای اجتماعی-درمانی متمرکز خواهیم بود. این

اغلب به عاملی بفرنج تبدیل می‌کند. بدین ترتیب، در فصول مربوط به پیشگیری، روش‌های تشخیصی و انگیزه و درمان در این کتاب (فصول ۴، ۵، ۹) به‌طور ویژه بر عواملی تأکید داریم که به افراد مبتلا کمک می‌کنند و روی اقدامات اثربخش بر قابلیت دسترسی به دخانیات و الکل کمتر تأکید می‌کنیم. طبق قطعنامهٔ اتحادیهٔ اروپا در مورد پیشگیری از اعتیاد در سال ۲۰۰۵-۲۰۰۸، اقدامات پیشگیرانه عبارت است از کاهش تقاضا برای مواد اعتیادآور. بدون شک نیاز به کاهش میزان دسترسی به مواد وجود دارد، اما این امر اغلب منجر به تغییر مادهٔ مصرفی می‌گردد (مثل کاهش سیگار کشیدن در جمعیت و افزایش اضافه وزن). تمامی اقدامات دیگر، همچون قوانین و ممنوعیت‌ها، بر سوءمصرف مواد تأثیر گذار هستند، اما به هیچ‌وجه بر تعداد وابستگی‌ها تأثیری ندارند. شیوع وابستگی‌ها در طول زندگی ۷ درصد است، که در فرهنگ‌های متفاوت یکسان است و تنها در مورد انتخاب مادهٔ مصرفی تفاوت وجود دارد. با این حال تقریباً در تمام فرهنگ‌ها کشیدن سیگار سهم قابل توجهی در وابستگی دارد. در فصل ۶ تأثیر سیگار کشیدن را بر گسترش وابستگی، به‌خصوص وابستگی به الکل مورد توجه خواهیم داد.

در فصل ۵ به‌طور مشخص با استفاده از ICD-10 و DSM-IV بر وابستگی، سوءمصرف، ترک و عواقب (بیماری ناشی از یک بیماری دیگر) تمرکز خواهیم کرد. در این نسخه از کتاب، تغییرات مهمی را که در توسعهٔ ICD-10 به ICD-11 (انتشار در سال ۲۰۱۳) و توسعهٔ DSM-IV به DSM-5 (منتشر شده در سال ۲۰۱۸، شکل ۱، ۱) اعمال شده‌اند، گزارش خواهیم داد.

در حال حاضر، در هر دو سیستم، هوس مهم‌ترین علامت وابستگی است و علائم داروشناختی، مثل افزایش دُز و ترک مصرف در تشخیص وابستگی، به ویژه در درمان درد اهمیت کمتری دارند (در بیماران مبتلا به درد، هوش برای تعریف اعتیاد لازم است). رویکرد تشخیصی فعلی به شکل «تشخیص بالا به پایین» است (ابتدا وابستگی تشخیص داده می‌شود و شدت و قابلیت درمان آن رتبه‌بندی می‌شود). تمام درمانگران و پژوهشگران بالینی از این رویکرد بسیار ساده‌انگارانهٔ تشخیصی ناراضی هستند، چرا که گروه بیماری‌ها را به شدت ناهمگن توصیف می‌کند. از این رو، زیرگروه‌هایی همچون گونه‌شناسی‌ها طراحی شده‌اند، که بسته به مسألهٔ بالینی، بر پایهٔ داده‌های علمی کافی و مرتبط به درمان و پژوهش می‌باشند، مثل فاگسترورم مثبت در مقابل منفی،

آسیب دیده، اغلب منجر به بیماری‌هایی می‌شوند که زندگی را کوتاه می‌کنند. به همین دلیل، به اهمیت هر دو ماده اعتیادآور در این کتاب می‌پردازم. ترکیب مواد مخدر غیرقانونی که اهمیت فزاینده‌ای دارد را تنها به صورت خلاصه مورد توجه قرار می‌دهم؛ زیرا بحث در این خصوص در این کتاب نمی‌گنجد. بسیاری از فصل‌ها شامل نقل قول‌های اصلی از متون بین‌المللی و انتشارات گروه پژوهشی خودمان است. از آنجا که این کتاب به عنوان یک سند کاربردی برای پزشکان در نظر گرفته شده است، تنها به ارجاعات بسیار مهم اکتفا کرده‌ام. محتوای کامل را می‌توان در ضمیمه این کتاب یافت. من خودم را در امر مدل‌های اجتماعی‌شناختی متخصص نمی‌دانم، به همین دلیل همکاری کریستین وشکا که تجربه چندین ساله در امر درمان اجتماعی دارد، فصل مربوط به درمان اجتماعی را نوشته است.

• این موضوعات مهم در اکثر کشورها دنبال نمی‌شوند. بعد از ۴۰ سال کار مشارکتی میان بسیاری از این مؤلفان و گروه پژوهشی من، هم اکنون مایلم هم یافته‌های علمی و هم بازنگاری ما بر پژوهش بین‌المللی را به صورت خلاصه در این کتاب ارائه دهم.

کار عملی با بیماران، در کنار کار علمی، همواره فعالیتی است که مایلم داشته باشم. بسیاری از بیماران لطف داشته‌اند و چندین سال پیاپی در دسترس بوده‌اند. با این حال در ده سال گذشته، بیش از پیش متوجه شده‌ام که در گذشته به اندازه کافی به مسأله سیگار کشیدن توجه نشده است. رفتار سیگار کشیدن در امید به زندگی در پرهیز بلند مدت بسیار اهمیت دارد و متخصصان در امر وابستگی بایستی بیشتر بر سیگار کشیدن تمرکز کنند. رگ‌های خونی که پیش‌تر در اثر مصرف الکل آسیب‌دیده‌اند و غشاء مخاطی که به صورت مزمن به علت ترکیبات دخانیات